

共済給付申請書兼共済証明書

平成 年 月 日

財団法人東村山市勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

会員氏名	フリガナ	会員番号																		
------	------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※共済事由に○及び内容を記入してください。

祝金	1. 結婚	配偶者氏名	婚姻届出日
	2. 銀婚		年 月 日
	3. 子の出生	出生児氏名	出生年月日
	4. 小学校入学	子の氏名	子の生年月日
	5. 中学校入学	学校名	入学・卒業年月日
	6. 中学校卒業	小学校 中学校	年 月 日
疾病見舞金	7. 休業14日以上	傷病名	
	8. 休業30日以上		
	9. 休業60日以上	休業期間	
	10. 休業90日以上	年 月 日～ 年 月 日 (日間)	
	11. 休業120日以上	病院名	
死亡弔慰金	12. 家族の死亡	死亡者名	男・女 (満 歳)
		会員との関係	1. 配偶者 2. 子(死産 ヶ月) 3. 父・母
		死亡年月日	生活区分 同 居・別 居
	13. 71歳以上の 会員死亡 (交通事故死亡以外)	死亡者名	男・女 (満 歳)
	死亡年月日	年 月 日	

上記のとおり共済事由のあったことを証明します。

平成 年 月 日

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

		事務局長	次長	係
--	--	------	----	---

受付日	受付者
-----	-----

入力日

領収書

金額				0	0	0
----	--	--	--	---	---	---

上記給付金を受領しました。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印

本人受領の場合

委任状

領収書

私は、給付金の受領を

金額				0	0	0
----	--	--	--	---	---	---

_____ に委任します。

左記の委任に基づいて上記給付金を受領しました。

平成 年 月 日

平成 年 月 日

(会員本人)

(代理人)

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

代理人受領の場合

領収書

金額				0	0	0
----	--	--	--	---	---	---

上記給付金を受領しました。

平成 年 月 日

会員との関係 配偶者・子・親 遺族氏名 _____ 印

71歳以上の会員死亡

※右のいずれかを選択してください。